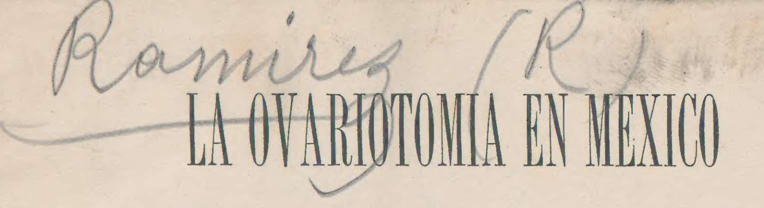


LA OVARIOTOMIA EN MEXICO

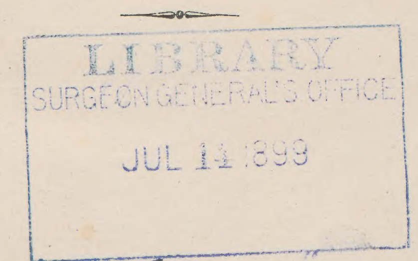
TÉSIS

PARA EL EXAMEN PROFESIONAL DE MEDICINA, CIRUJIA Y PARTOS

ESCRITA POR

ROMAN RAMIREZ

Alumno
de la Escuela de Medicina de México



MÉXICO
IMPRENTA POLIGLOTA
Calle de Santa Clara, esquina al callejon

1874

AL SR. DR.

D. SEVERIANO HERMOSILLA

DEDICA ESTE TRABAJO

EL AUTOR,

EN SEÑAL DE GRATITUD.

ADVERTENCIA

EN el año de 1872, siendo yo cursante de la clase de medicina operatoria, mi apreciable catedrático el Sr. D. Eduardo Liceaga, me dió el encargo de recoger las historias de las operaciones de ovariotomía que se hubieran practicado en México. Varias dificultades que no creo del caso exponer, me impidieron entonces satisfacer los deseos del Sr. Liceaga. Hoy, vencidas en parte estas dificultades, tengo el gusto de ofrecerle, aunque tarde, y no tan bien como yo deseara, las historias que quiso encargarme de recoger. La importancia de mi tarea queda justificada solo con el hecho de haber sido inspirada por el Sr. Liceaga.

Es, pues, el objeto de mi tésis, presentar una noticia mas ó menos detallada de todas las ovariotomías practicadas en México hasta la fecha. Esta noticia irá precedida de algunas reflexiones mias sobre la ovariotomía en general, que servirán para hacer conocer mi modo de pensar sobre una cuestion tan delicada.

No habria podido presentar este trabajo sin la buena disposicion para ayudarme de los Sres. Govantes, Fenelon, mi querido amigo José Martinez Ancira, y muy particularmente del Sr. D. Rafael Lavista. Por lo mismo me es muy satisfactorio poderles tributar aquí un testimonio público de mi gratitud.

REFLEXIONES GENERALES SOBRE LA OVARIOTOMIA

LA operacion de la ovariotomía, nacida con el siglo diez y nueve, es el hecho mas importante de la cirujía moderna. Nada hay tan interesante como la historia de esta operacion. Combatida tenazmente desde su aparicion, como era de esperarse, ha podido marchar con paso firme en medio de una oposicion llevada hasta la diatriba, y hoy, al cabo de sesenta años de lucha, parece haber salido triunfante, apoyada por la experiencia y perfeccionada por una larga práctica. En la actualidad son tan numerosos los casos bien comprobados de ovariotomía practicada en la mujer con buen éxito, que para juzgarla no es necesario ya recurrir á la leyenda de los reyes de la Lidia, ni hacer deducciones poco fundadas de la benignidad de dicha operacion cuando se hace en las hembras de ciertos animales. Ateniéndonos solamente á los resultados de la experiencia, creo como la mayor parte de los cirujanos, que la ovariotomía es una operacion legítima de la cirujía.

Pero aun saliendo de la práctica y entrando al terreno del raciocinio y de la teoría, la operacion de que me ocupo puede resistir victoriosamente los ataques de sus adversarios. Todos los argumentos que se han presentado en contra de la ovariotomía, han sido combatidos con tan buenas razones, que si algo la hace sospechosa es ciertamente ese modo de presentarse, en llegando al raciocinio, como una operacion muy natural y perfectamente aceptable, cuando la práctica nos dice que está muy lejos de ser inofensiva. Sin embargo, el hecho de que aun en el terreno puramente teórico no esté desprovista de un firme sostenimiento, es de suma importancia, porque la teoría es como la explicacion de los hechos suministrados por la práctica, traducida por la estadística.

No me detendré en examinar cada uno de los argumentos que se han opuesto á la práctica de la ovariotomía, ni tampoco en su refutacion. Esto seria extraño al objeto de mi trabajo, y por otra parte, si pretendiera hacerlo, no haria mas que copiar lo que con mejores palabras está escrito por personas competentes en las obras especiales sobre la materia.

Solo diré de un modo general, que las impugnaciones á la ovariotomía son aplicables á todas las operaciones graves de la cirujía, sin que por esto dejen de ser aceptadas por todos los cirujanos. Hay, sin embargo, tres peligros que pueden considerarse como especiales á aquella operacion, á saber: la hemorragia, la peritonitis, y las adherencias del quiste con las paredes abdominales y con los órganos contenidos en el vientre.

Las hemorragias aparecen desde que se hace la incision de las paredes del vientre; en seguida, cuando se hace la destruccion de las adherencias y la division del pedículo. Estas hemorragias primitivas no son en general inquietantes; pueden dominarse por todos los medios de la hemostática. Pero estos mismos medios de hemóstasis se vuelven orígen de inflamaciones ó gangrenas intra-abdominales, y

no son siempre garantía suficiente contra una hemorragia consecutiva, gravísima por las condiciones en que se produce, más temible, sobre todo, cuando el pedículo por su cortedad ha sido abandonado dentro del vientre, en cuyo caso si sobreviene la hemorragia, hay la necesidad de una intervencion activa y peligrosa, que de paso diré, ha dado á veces buenos resultados.

La peritonitis es otro de los accidentes que mas se temen por su frecuencia relativa y por el número de muertes que ocasiona, y no podia ser de otro modo, atendiendo á la naturaleza misma de la operacion.

Las adherencias por la dificultad de romperlas en algunos casos, por el traumatismo consiguiente á su ruptura, por las cauterizaciones, ligaduras ú otros medios hemostáticos que obligan á emplear, y por la imposibilidad en que ponen á veces de proseguir la operacion á causa de su resistencia, son verdaderamente lo que mas debe preocupar al cirujano que intenta hacer la extirpacion de un quiste del ovario.

Mas á pesar de todos estos inconvenientes, las hemorragias, las peritonitis y las adherencias, no impiden que un gran número de mujeres ovariotomizadas se salven.

Si hubiera un medio bastante seguro é inofensivo para detener las hemorragias y evitar su repeticion sin los peligros que acarrean las ligaduras, las cauterizaciones, los tópicos astringentes, etc., la operacion de la ovariotomía se convertiria, á no dudarlo, en la menos temible de las grandes operaciones. Por desgracia no es así, y debemos conformarnos con los resultados que no obstante sus imperfecciones nos proporciona.

Se habia creido que la inflamacion del peritoneo seria un resultado necesario de la lesion de esta membrana, sobre todo de una incision extensa y del tratamiento inevitable en la operacion de la ovariotomía; pero la práctica ha demostrado que una herida del vientre con un instrumento limpio, si no interesa mas que el peritoneo, no es

siempre seguida de una peritonitis, ó si esta se presenta, es muy circunscrita y de ninguna manera alarmante. Esto suele verse en el hospital de San Pablo.

Lo mismo acontece despues de la extraccion de los quistes del ovario. Verificada en buenas condiciones y con todas las precauciones requeridas, es muy probable que no ha de ser seguida de la inflamacion del peritoneo. Lo que hace temer esta complicacion, es: las maniobras operatorias muy prolongadas, las adherencias muy numerosas y resistentes, las cauterizaciones, la multiplicidad de las ligaduras, sobre todo si son perdidas, el derrame del líquido quístico en el vientre, un pedículo corto que tiene que ser abandonado dentro, las hemorragias consecutivas, el aseo imperfecto del peritoneo. Tan numerosas causas explican fácilmente la frecuencia de la peritonitis, bien que la simple incision del peritoneo no esté sujeta inevitablemente á esta consecuencia.

Siendo esto así, es verdaderamente una fortuna que cuando tantas causas conspiran para producirla, la inflamacion del peritoneo no sea el resultado seguro de toda ovariotomía, puesto que, por el contrario, el mayor número de operaciones se ve libre de esta complicacion.

El punto mas difícil de resolver es el que se refiere á las adherencias. Cuando estas son muchas y muy vasculares y resistentes, constituyen una contraindicacion formal de la operacion. Pero es el caso que el diagnóstico de las adherencias no descansa en signos seguros, y lo que es peor todavía, aun teniendo la certidumbre de su existencia, nunca podremos saber á punto fijo su número, extension, resistencia ni vascularizacion, todo lo cual seria necesario conocer de antemano minuciosamente, porque es de advertir que el simple hecho de adherencias, aun tratándose de las de peor calidad, no es un obstáculo insuperable para llevar á cabo la operacion con buen resultado final para la enferma. En consecuencia, soy de opinion, y en realidad de esta opinion son los especialistas, segun se deduce no

de sus dichos, pero sí de sus hechos; soy de opinion, digo, que la existencia de las adherencias no debe preocuparnos si no es en casos determinados, porque, repito, no se pueden diagnosticar con todos sus detalles, y el simple conocimiento de su existencia no debe retraernos de hacer una operacion que puede ser muy practicable, sobre todo si son favorables las otras condiciones. Por eso el cirujano debe saber detenerse á tiempo, sin empeñarse mucho en vencer las dificultades, ó hacer una incision exploradora, que aunque grave, en general no trae fatales consecuencias. Antes de emprender la ovariotomía, entre las advertencias que deben hacerse á la pasiente y á sus deudos, no debe olvidarse la muy importante de que es muy posible que la operacion no pueda llevarse á cabo.

He nombrado á la pasiente: esto me conduce á otro órden de reflexiones, reflexiones relativas á la mujer que debe ser el principal punto de mira en la cuestion de la ovariotomía.

La naturaleza, al dotarla del aparato complicado de la generacion, ha permitido que este aparato sea el orígen y el sitio de numerosos padecimientos que son tormento frecuentísimo de la infeliz cuanto resignada mujer. Entre tantos padecimientos no es el menor ni el mas raro el que ha sido designado con el nombre de hidropesía enquistada de los ovarios.

Esta enfermedad estacionaria á veces, en otras creciente, pero muy soportable, en algunas ocasiones toma un incremento tan rápido y se acompaña de tantas incomodidades penosísimas, que la situacion de la enferma es de las mas angustiadas, á tal punto que pueden tenerse por contados los breves dias de vida que le restan. Pero aun sin llegar á tal extremo, la marcha bien conocida de la afeccion hácia un resultado fatal en un plazo no muy largo, ¿no es motivo que autoriza á emprender la extirpacion cuando las otras condiciones del tumor no se oponen á ello? No sé por qué razon hay tanto encarnizamiento con-

tra los cirujanos que se atreven á practicar la ovariotomía. ¿Por qué se les juzga desprovistos de caridad hácia el prójimo, cuando precisamente este sentimiento es el que los impulsa á buscar el remedio único, aunque violento, de una enfermedad cuya gravedad es tanta que hace disimular la de la operacion? Esto no es nuevo en cirujía; todos los dias se practican sin el menor remordimiento y con aprobacion de todos, operaciones casi siempre seguidas de la muerte, tanto por la gravedad de la operacion cuanto por las circunstancias del enfermo que la soporta. Esta consideracion es para mí de las mas concluyentes, y sin embargo no se le quiere dar toda la importancia que merece. Si yo me dejara guiar de mis impresiones personales, tendria que condenar como inútiles y nocivas la amputacion del muslo, la talla, la trepanacion, puesto que todos los enfermos á quienes he visto sufrir estas operaciones, han sucumbido.

El cirujano que se determina á practicar una ovariotomía, necesita en verdad mucha conviccion y mucha fuerza de ánimo para resignarse á sufrir con la conciencia tranquila el resultado de la operacion. Todas las miradas en él se fijan, y ¡ay! de él si el éxito no corresponde á sus esperanzas; cien voces están prontas á lanzarle el anatema. En una junta de Profesores fácil cosa es que alguno de ellos diga: "no estoy por la operacion." Esto no compromete y deja á salvo el derecho de criticar amargamente, si la operacion no tuvo buen éxito, al audaz que la intentó. Pero este sistema de abstencion, útil para quien lo practica, no beneficia de ningun modo á la enferma: con este sistema la reputacion no peligra, pero los resultados mas brillantes y provechosos ¿pueden obtenerse de la inaccion?

Se condena la ovariotomía, ¿y qué se le sustituye? ¿Algun tratamiento mas eficaz y provechoso á la par que inofensivo? No: se abandona á la enferma á los esfuerzos de un organismo agotado, con todos sus sufrimientos, con la

perspectiva de una muerte cercana, y sin la menor estrella que alumbre el cielo de su esperanza. Tal proceder no está conforme con los resultados de la práctica de la ovariotomía en los sesenta años que cuenta de existencia. ¡Ojalá que para todas las enfermedades graves tuviéramos recursos de tantas esperanzas como las que estamos autorizados á tener de la ovariotomía en los casos en que está indicada la operacion! Si los tumores que comprimen el cerebro, los tubérculos del pulmon, el cáncer del estómago, las lesiones orgánicas del corazon, etc., etc., fueran suceptibles de curarse por medios quirúrgicos con tantas ó aun menores probabilidades de buen éxito como las que ofrece la ovariotomía, ¿quién duda que seria una dicha poder ofrecer este recurso contra enfermedades que hoy vemos caminar irremisiblemente hácia un fin funesto, sin mas medios que oponerles que el desaliento de la impotencia? La hidropesía enquistada de los ovarios, en medio de su gravedad, al menos ofrece una vislumbre de salvacion. Sepamos aprovecharnos de esta feliz circunstancia practicando la operacion en los casos en que está bien indicada, que así podrán ser arrebatadas á la muerte muchas desventuradas enfermas.

He dicho que ha de estar indicada la operacion, y siendo esta tan grave, se comprende que tratándose de ella, lo mas esencial es la cuestion de las indicaciones y contraindicaciones. Aunque el estudio de este punto está bastante adelantado, no es tanto que pueda condensarse en unas cuantas palabras lo que sobre él puede decirse. Además, el hacerlo aquí seria impropio del objeto de este trabajo. Por tanto, me limitaré á decir que el buen juicio de los maestros del arte, ayudado de los conocimientos suministrados por la experiencia ya tan extensa sobre lo concerniente al ramo de la cirujía de que me ocupo, será bastante para evitar groseros errores. Por fortuna no todos los quistes del ovario necesitan la extirpacion. Varios hay que pueden curar de otra manera, y algunos que son tole-

rados por muchos años sin gran detrimento para las enfermas.

En muchos casos ha bastado á los cirujanos ingleses diagnosticar un quiste del ovario para acordar inmediatamente su extirpacion, sin que les detenga la consideracion de la marcha lenta de la enfermedad y la buena salud relativa de la mujer portadora del ovario enfermo. De aquí proviene que haciendo sus operaciones en las mejores condiciones referentes al quiste y al estado general de las enfermas, sus éxitos buenos sean tan numerosos. Acaso con el tiempo sean imitados por todos los cirujanos, cuando mejor se conozca todo lo relativo á la ovariotomía; pero actualmente la gravedad de esta operacion no consiente que sea practicada indistintamente en todos los casos de hidropesía enquistada de los ovarios.

Acabo de exponer con toda franqueza, y con tan pocas palabras como me ha sido posible, cuál es mi modo de pensar sobre una operacion tan grave como es la ovariotomía. Si me declaro partidario decidido de esta gran operacion, no es sin haber hecho antes un estudio detenido de todo lo que á ella se refiere. Mas no estando dominado por intereses extraños á los que solo tienen por objeto la verdad científica, que me obliguen á sostenerme obstinadamente en una idea, no será remoto que con el tiempo cambie de opinion si á ello me obligan nuevos estudios ó nuevos hechos que resulten en adelante de una práctica mas prolongada de la ovariotomía. Es mi esperanza, sin embargo, que el tiempo no hará mas que robustecer mi fé en una operacion que ha producido ya tantos beneficios á pesar de los mil ataques con que se ha pretendido aniquilarla.

He concluido. Ahora solo me resta pedir indulgencia por la imperfeccion de mi trabajo, y hacer votos porque se acuerde en mi patria á la ovariotomía toda la atencion que merece.

México, Setiembre de 1874.

Roman Ramirez.

APUNTES

ESCRITOS

POR EL SR. FENELON

Y DIRIGIDOS

AL SR. LAVISTA.

La primera ovariotomía practicada en México, lo fué el dia 1.° de Agosto de 1865, por el Dr. Clement, en el hospital de la Canoa.

La mujer tenia de cuarenta á cincuenta años de edad. Se hizo la incision en la línea media, y se encontró un quiste unilocular, seroso, de pedículo mediano, adherencias pocas y celulares. Se fijó el pedículo en la misma sutura del vientre, en donde se adhirió perfectamente. No hubo mas que un poco de meteorismo en las horas que siguieron á la operacion; ningun accidente, ni calentura siquiera. La mujer vive aún, pero con una eventracion debida á su indocilidad y conducta desordenada, pues no quiso ni quiere todavía usar un vendaje contentivo.

(1865.)—La segunda ovariotomía se practicó en la calle de las Escalerillas, como seis meses despues de la primera, por el mismo Dr. Clement. Se hizo la misma incision y se encontró un quiste bilocular, adherido por todas par-

tes, particularmente hácia la pélvis; muchas adherencias estaban ricamente vascularizadas. Extraido el quiste, se encontró con un pedículo excesivamente ancho que fué necesario dividir para fijarlo en la incision. La mujer murió pocas horas despues de la operacion, de agotamiento nervioso.

(1865.)—La tercera operacion se practicó en el hospital de la Canoa bajo la direccion del Dr. Clement. Incision mediana, adherencias ningunas, extraccion facilisíma de un quiste medianamente desarrollado, unilocular, de pedículo ancho, pero delgado, que con facilidad se comprendió en la sutura del vientre. Despues de la operacion hubo poca calentura, nada de accidentes alarmantes hasta el mes, época en que acabó de caer la parte externa del pedículo, dando lugar á una hemorragia arterial que cesó con aplicaciones de percloruro de fierro.

La mujer está operada hace ya seis años, vive aún, y disfruta de completa salud, haciendo su servicio de recamarera.

(1870.)—La cuarta operacion de ovariotomía se practicó hace un año sobre una señora de 35 años de edad, algo polisárcica, lo que obligó á hacer mas grande la incision de la pared del vientre. Se halló un quiste multilocular como constituido por el parenquima del ovario, sin adherencias resistentes, y por pedículo no quedó mas que la trompa.

Al tiempo de vaciarse uno de los principales lóculos, se arrancó el trocart y se volteó el quiste dando lugar á un derrame considerable en el peritoneo. Se aceleró entonces la extraccion, y se limpió perfectamente la cavidad peritoneal.

Al tiempo de la extraccion se estiró demasiado el pedículo; éste atrajo violentamente la raíz de la trompa hácia el lugar que debia ocupar el pedículo; de aquí resultó una situacion forzada para el útero, y una cavidad enteramente vacía en el fondo del saco posterior. Se aplicó el tubo

de Drenaje en esa cavidad, y se hizo la sutura como siempre, comprendiendo el pedículo en ella.

Desde momentos despues de la operacion comenzó á escurrir un líquido sanioso por el cuello uterino y por la vagina. Apareció la peritonitis primero no muy aguda; despues fueron presentándose los vómitos con tenacidad, y no cesaron hasta la muerte, que llegó á los doce dias de hecha la operacion.

La autopsia la hicieron los Sres. Montes de Oca y Soriano; la pieza anatómica se remitió al museo de la Escuela de Medicina.

CONCLUSION.

La primera operada tiene seis años más de vida; su quiste era de tal tamaño, que la existencia se le hacia ya insoportable. Hasta aquí la ovariotomía debe considerarse como la operacion mas benéfica: con la puncion, inyeccion, el drenaje, etc., etc., no habia la seguridad que se tiene cuando la bolsa productora del líquido está fuera del vientre.

La segunda operada murió. Es justo decir que la puncion en un quiste tan grande, multilocular, la hacia correr casi tanto peligro como la ovariotomía; añadir es justo tambien que era sumamente difícil la práctica de la operacion por las muchas adherencias, y que ne era mas que la segunda que se practicaba.

La tercera fué ciertamente una de las operaciones mas satisfactorias de la cirujía, por la facilidad de su ejecucion y el buen éxito final. Bastaria á los adversarios de la ovariotomía ver una así para convencerse y no pensar jamas en puncionar, inyectar ó drenar un quiste de esta clase.

El éxito de la operacion, como se ve, está estrechamen-

te ligado con las condiciones del quiste; y sin embargo, el caso bueno para la ovariotomía seria el mejor para el drenaje, puncion ó inyeccion. Estos tres medios son rodeos menos artísticos, menos satisfactorios para la enferma que forzosamente sigue padeciendo mas tiempo, y para el cirujano que deja la causa del mal dentro del sugeto. Hasta cierto punto puede suceder con las opiniones respecto de la ovariotomía, comparada con los demas medios de combatir el quiste del ovario, lo que con la catarata, que si bien es cierto que hay casos en que la discision es preferible á la extraccion, ninguno de nosotros, teniendo una catarata en el ojo, quedaria satisfecho antes de verla fuera. Me parece que la estadística sola debe contestar en esta materia como en todas. Ese motivo, como los anteriores, obra en favor de la ovariotomía. En presencia de sus resultados actuales, podemos contestar que todavía no hemos practicado bastante esa operacion tan llena de situaciones imprevistas, para que pueda dar los mejores resultados posibles.

No le mencioné el caso á que pertenece la pieza que remití al museo hace algunos meses. Ese puede considerarse como caso de puncion, inyeccion y drenaje. Quedó el quiste abierto durante 75 dias, lavado dos veces al dia é inyectado con iodo y ácido fénico; esto no le impidió llegar al reblandecimiento y reventar en el peritoneo. Quedé curado con esto de los medios que no son la ovariotomía, y no dejaré de practicarla mas que cuando me parezca absolutamente imposible.

Lo nuevo de nuestro estudio es la causa de que casi siempre encontremos quistes viejos; si se practicara mas á menudo la ovariotomía, estos serian en proporcion menos frecuentes, y la estadística desde luego seria mejor. No es dudoso que por su misma duracion vayan aumentando las malas condiciones del quiste y disminuyéndose las buenas.

Mucho falta decir sobre la materia, pero no me es per-

mitido agotarla; tal vez habré ya abusado de su atencion.—1871.

Estos apuntes, lo mismo que la acta de la autopsia á que en ellos se hace referencia, practicada por los Sres. Montes de Oca y Soriano, me fueron facilitados por el Sr. Govantes. A este mismo señor debo tambien la primera observacion del Sr. Lavista, y la perteneciente al Sr. Calderon.

A los tres cuartos para las cinco de la tarde del 17 del actual, casi diez horas despues de la muerte, en el Hospital de mujeres dementes, procedimos á la inspeccion del cadáver de la Sra. D.ª Guadalupe Avilés de Aguilar, operada unos dias antes, á consecuencia de un quiste del ovario, por el Dr. Fenelon.

ASPECTO EXTERIOR.

La cara, manos y pared del vientre que estaban descubiertas, se encontraban con las manchas características de una descomposicion que avanzaba rápidamente. El vientre estaba meteorizado; en el epigastrio se hallaban las señales de un vejigatorio; al partir de la cicatriz umbilical y hasta ocho centímetros antes del puvis, se encontraba la herida hecha en la operacion, teniendo de largo cosa de catorce centímetros, entreabierta y de una anchura de cosa de tres; estaba dividida en dos porciones desiguales; la superior de once centímetros y la inferior de tres por un punto de sutura apoyado al lado izquierdo en un fragmento de piel sana, al lado derecho, sobre piel atacada de gangrena y aun no desgarrada; los bordes de dicha herida se hallaban gangrenados desigualmente y dándoles un aspecto frangeado, que en su mayor extension, contando de dentro á afuera, tenian dos centímetros, y en su menor uno. En el interior de la misma herida se veia el tejido celulo-adiposo respetado por la gangrena, y mas adentro el peritoneo adherido y formando un principio de cicatriz; la

porcion inferior de dicha herida, formada en su extremidad superior por la sutura, y en la inferior por el ángulo de la incision, daba salida al hilo de la ligadura del pedículo y á las dos extremidades del tubo de Drenaje que se introdujo.

INCISION DE LA AUTOPSIA.

Procedimos en seguida á verificar una incision ovalar, que partiendo de la última falsa costilla derecha, se dirigia hácia abajo y adentro hasta el nivel de la espina iliaca superior y anterior derecha; continuaba despues hácia adentro pasando por el puvis arriba del monte de Venus; avanzaba hácia la espina iliaca superior anterior izquierda, y ascendia para terminar al nivel de la última falsa costilla izquierda: esta incision comprendió hasta el peritoneo.

CAVIDAD DEL VIENTRE.

Poco á poco se fué levantando la pared del vientre desprendiéndose en seguida el pedículo con su ligadura, no teniendo hácia el lado izquierdo que dividir ningunas adherencias, y hácia el derecho algunas que se desgarraban con facilidad y unian la cara parietal del peritoneo con la visceral del mismo.

CARA POSTERIOR DEL VIENTRE.

Hácia la línea media se encontraba la cara posterior de la herida formando una cicatriz algo fuerte, pero que se

desgarraba juntamente con el peritoneo y el epiplon: en una porcion inferior de este se veia perfectamente donde se alojaban las dos extremidades del tubo de Drenaje. En la porcion lateral izquierda de la pared, el peritoneo estaba intacto; no así en la derecha, que desde el borde costal hepático hasta el punto por donde pasaba la incision, el peritoneo parietal estaba engruesado, con falsas membranas ligeras y fáciles de desgarrar, cubierto por una membrana poco uniforme y de color apizarrado; en fin, con todas las señales de una peritonitis avanzada.

INTESTINOS Y PAREDES LATERO-ANTERIORES DEL VIENTRE.

La masa intestina toda estaba disdendida por los gases; la latero izquierda poco rojiza y sin ninguna adherencia; la latero derecha con placas rojas, arborizaciones en sus paredes y unidas entre sí las asas por adherencias poco fuertes. En cuanto á la pared latero-anterior izquierda, intacta; la latero-anterior derecha con el mismo color apizarrado, las falsas membranas y demas de la pared posterior del vientre.

DERRAME.

Tanto en la fosa iliaca superior como en la inferior derecha, habia un derrame como de unas tres onzas de líquido icoroso y parecido por el color al pus hepático.

UTERO Y SUS ANEXOS.

En cuanto al útero, se encontraba inclinado hácia la de-

recha, retenido por dos repliegues del peritoneo engruesado; el ovario que formó el quiste fué el izquierdo, el derecho se conservaba; el pedículo que retenia la ligadura estaba esfacelado, extendiéndose la gangrena hasta el cuerpo mismo de la matriz, lo cual explica la salida del líquido icoroso que la enferma tuvo despues de la operacion por la vulva.

TUBO DE DRENAJE.

La posicion del tubo de Drenaje merece una descripcion especial. Tomando una extremidad, la superior se dirigia de la abertura anterior é inferior de la herida hácia adentro, despues hácia abajo y un poco á la izquierda, retenido en la especie de tubo formado por el epiplon; luego salia de éste y estaba en relacion hácia adelante con la pared posterior de la matriz; hácia atras, con el paquete celulo-vascular iliaco-izquierdo; hácia adentro con el recto y el sacro, y hácia afuera y arriba con las asas intestinales: en seguida se dirigia directamente hácia afuera, y á la izquierda se alojaba dentro de la ese iliaca del cólom; ascendia detras de ésta en la extension de cuatro centímetros; despues se torcia sobre sí mismo y se dirigia directamente hácia abajo pegado á la porcion ascendente y siempre detras de la ese iliaca; salia por donde habia entrado y luego sobre la misma porcion del intestino, pero ya en su cara anterior formaba una asa del diámetro como de cincuenta centímetros; luego se unia á la parte entrante del mismo tubo, y por último salia á la parte anterior del vientre por la misma parte de la herida por donde se verificaba su entrada.

NOTABLES ADHERENCIAS DEL TUBO AL INTESTINO.

Pero lo que habia de particular en esta doble inflexion

del tubo por las caras posterior y anterior de la ese iliaca, fué que en todo ese trayecto el tejido celulo-adiposo del intestino se habia unido al tubo tan perfectamente que hechas varias tracciones violentas no se podia desprender.

Encontrando nosotros bastante curiosa esta union íntima del intestino con el tubo, nos resolvimos á sacar la pieza ligando el intestino y conservando la matriz y los tubos. Dicha pieza la pusimos á disposicion del Dr. Fenelon, quien bondadosamente la ha cedido al museo de Anatomía Patológica de esta Escuela.

CONCLUSIONES.

De lo dicho podemos inferir:

1.º—Que la herida estaba unida en su fondo por el peritoneo, el epiplon y el tejido celular conjuntivo.

2.º—Que los bordes de ella estaban gangrenados, debido, probablemente, á la clase de sutura que se empleó.

3.º—Que del lado izquierdo que fué donde acusó dolor la enferma durante la vida y nació el quiste, no habia ninguna lesion del peritoneo.

4.º—Que del lado derecho y en una grande extension, fué donde hubo la peritonitis.

5.º—Que no solo se esfaceló el pedículo sino tambien una parte del fondo de la matriz, debido á la cortedad de él y á su estiramiento.

6.º—Que se verificó en el intestino un trabajo patológico que determinó la adherencia interna del tubo.

7.º—Que la muerte fué evidentemente debida á la peritonitis desarrollada en el lado izquierdo, muy probablemente debida al derrame en ese punto del líquido del quiste durante la operacion.

México, Setiembre 17 de 1870.

Francisco Montes de Oca. *Manuel S. Soriano.*

Es copia.

QUISTE DEL OVARIO IZQUIERDO.

EXTIRPACION.

MUERTE A LAS 26 HORAS DESPUES DE LA OPERACION.

El dia 12 de Mayo de 1869 fuí llamado por la Sra. N. D., á quien habia puncionado en Enero de este mismo año, un quiste del ovario izquierdo. La enfermedad se habia reproducido; el vientre estaba aumuntado de volúmen y saliente hácia la region umbilical; el tumor que formaba era regular, globuloso, y se extendia de la region epigástrica al púbis; no se notaban desigualdades ningunas en su superficie. La percusion daba sonido mate en toda la extension del tumor. La fluctuacion periférica era oscura; la perpendicular, manifiesta. El tacto vaginal manifestó que el cuello uterino estaba elevado, atrofiado y dirigido hácia la derecha. El índice izquierdo, introducido por el recto, denunciaba la existencia de un tumor arredondado que aumentaba cuando comprimia yo con la mano derecha la region abdominal.

El vientre está doloroso principalmente hácia la fosa iliaca izquierda; hay vómitos biliosos; sed, constipacion y disuria.

El estado general de D. N. es excesivamente grave: la cara tiene un tinte ictérico muy subido; las encías están descoloridas; en ambas carótidas se percibe, aplicando

los dedos sobre ellas, una sensacion de arenillas, y se ausculta un ruido de soplo fuerte y prolongado; la debilidad es extrema: la enferma no tiene fuerzas ni para dar algunos pasos, y cuando pretende hacerlo tiene la necesidad de apoyarse en los hombros de alguno de los de su familia. Pide con instancia que se le haga la operacion, aun cuando esta la aproxime á su término. La resolucion de la enferma está tomada: quiere correr todos los peligros de una operacion grave, aun cuando las probabilidades de curacion sean para ella remotísimas, porque la vida, son sus palabras, *le es insoportable.*

En situacion tan comprometida, consulté con mis compañeros los Sres. Brasseti, Dominguez, Rodriguez, Jimenez D. Lauro y D. Miguel, Olvera, Careaga, Liceaga, Villagran, Chacon, Soriano, Carmona D. Manuel, Zepeda, Iglesias, Diaz Barriga, Alvarado D. Ignacio, Flores, Hermosillo, Hidalgo Carpio y Alfaro. Reunidos los mencionados señores, se debatió la cuestion de cuál seria el tratamiento operatorio mas acomodado al caso que teniamos á la vista, y despues de una larga y concienzuda discusion, se obtuvo el resultado siguiente: por la extraccion del ovario 15 votos; en contra, 4 votos: excusaron su voto dos compañeros.

El dia 28 de Mayo hice presente á la enferma el resultado de la junta, que ella acogió con muestras de reconocimiento.

Hubiera faltado á los deberes que me impone mi profesion, si atento á que mi reputacion podia peligrar en un evento desgraciado, hubiese, por egoismo, negado á esa desdichada la operacion que pedia con tan vivas instancias, y que tan apoyada se encontraba por el número y calidad de los votos que obtuvo en su favor. Para cumplir tan sagrada é indeclinable obligacion, conduje á mi enferma el dia 31 de Mayo al Hospital Municipal de San Pablo, rodeándola de todas las condiciones higiénicas que exigia su estado.

El dia 3 de Enero de 1870, á las diez de la mañana, nos reunimos en el gran salon del Hospital de San Pablo que sirve de escuela, y que tan bondadosamente puso á mi disposicion la superiora, con objeto de que tuviesen cómodo asiento los comprofesores y estudiantes que habian solicitado asistir á este acto.

A las diez se aplicó el chloroformo, y despues de un cuarto de hora vino el período de resolucion y de insensibilidad de la conjuntiva. En este mismo instante practiqué con un bisturí convexo, una incision de quince centímetros, equidistante del ombligo y del púbis, y que tenia por asiento la línea blanca. Esta incision puso á descubierto la capa aponevrótica; una segunda incision dividió la aponevrosis y el peritoneo en una extension igual á la que tenia la herida hecha en la piel. Luego que se abrió el peritoneo, escurrió una serosidad citrina, en la que nadaban innumerables copos albuminosos. Introduje mi índice derecho entre la cara interna del músculo grande oblícuo y del recto anterior derechos; igual maniobra verificaron en el lado izquierdo los Sres. D. Miguel Jimenez y Villagran. Pudimos entonces notar que habia innumerables adherencias celulosas que unian la cara parietal del peritoneo con las caras anterior y laterales del tumor; estas adherencias fueron divididas.

Abierta la pared abdominal, se presentó el tumor ovárico, con su brillo aponevrático entre los labios de la herida; hice una puncion con el grueso trócar de Spencer Wells, y extraje catorce libras de un líquido melicérico. El tumor se abatió, pero no desapareció por completo su volúmen; cesó de escurrir líquido, y todas estas circunstancias me hicieron conocer que se trataba de un quiste multilocular, y que habia yo cometido un error de diagnóstico cuando supuse en mi primera Memoria leida ante esta sociedad, que era unilocular. Error disculpable, supuesto que el principal de esos quistes era tan voluminoso que cubria á los demas. Con objeto de desprender el quis-

te, hice tracciones sostenidas con el trócar, pero fueron inútiles, pues no pudieron movilizar el tumor.

El Sr. Hidalgo Carpio se encargó de destruir las adherencias de la zona epigástrica y de la cara posterior del quste, pediculizando. Sus esfuerzos se frustraban por lo fuerte de las adherencias, que muchas eran fibrosas, y por el gran volúmen que á pesar de la primera incision conservaba aún el tumor: fué necesario debridar la herida hácia arriba hasta cerca del epigastrio, hácia abajo cerca del púbis. Esta vasta herida puso á descubierto otros dos quistes, que se puncionaron con un trócar comun; el líquido que escurrió era sero-sanguinolento, y en cantidad de seis libras. Las heridas que resultaron en las paredes del quiste á consecuencia de las tres punciones sucesivas, se suturaron con ligaduras enceradas. Los Sres. Jimenez, Iglesias, Hidalgo y Villagran, volvieron á la penosa tarea de romper las adherencias que unian íntimamente el tumor ovárico con todos y cada uno de los órganos contenidos en las cavidades supra é intra pelvianas. El Sr. Villagran me hizo sentir detras de una de las adherencias los fuertes latidos de las iliacas primitivas. La diseccion se hizo con maestría, y á pesar de los peligros con que se tropezaba á cada instante, se enucleó felizmente el tumor: se ligó su pedículo con una gruesa ligadura encerada; se aplicó arriba de la ligadura el clamp, y se cortó el pedículo con el constrictor de Chassaignac. Se reunió la herida por una sutura emplumada, comprendiendo en ella el pedículo.

DESCRIPCION DEL TUMOR.

Su aspecto es el de una vasta bolsa aponevrótica; en su superficie se notan tres aberturas hechas por el trócar para vaciar los tres quistes principales. En su parte posterior se ve el ligamento ancho adherido en una grande exten-

sion, así como tambien la trompa uterina izquierda: el espesor de sus paredes tiene tres milímetros; el peso de la bolsa, vacío ya el quiste, era de ocho libras.

Interiormente el quiste estaba dividido por tabiques membranosos, en tres departamentos que formaban los tres tumores ováricos que se puncionaron, habiendo una mutitud de pequeños quistes que presentaban diversos grados de desarrollo.

El líquido contenido en los quistes era sero-sanguinolento, en cantidad de 20 libras. El estudio histológico de ese líquido hubiera sido de gran importancia; pero no pudiendo hacerlo por sus ocupaciones la persona á quien habia hecho ese encargo, tengo el sentimiento de ver trunco mi trabajo en este punto tan vital.

Despues de la operacion, la enferma se quejó de una debilidad tal, que sentia que se moria.—Prescripcion: Agua de azahar, cuatro onzas, extracto de valeriana, cuatro granos; jarabe de éter, media onza. Cucharadas cada media hora. Dieta absoluta.

DIA 3, A LAS SEIS DE LA TARDE.

La enferma está muy postrada, permanece con los ojos cerrados, siente, segun dice, una incomodidad en el vientre que le es imposible descifrar. No ha habido basca ni hipo; sed intensa, que ha obligado á la enferma á chupar continuamente gajos de lima. El vientre no es doloroso á la presion; nada de calosfrios.—Prescripcion, la misma de la mañana.

DIA 4.—SEGUNDO DE LA OPERACION.

A las seis y media de la mañana visité á la enferma en

union del Sr. Villagran, con quien me asocié con objeto de proporcionar á esta desventurada mujer la misma eficaz asistencia que hubiera tenido en su casa.

La enferma habia dormido un poco en la noche; al amanecer sintió opresion, dolor en el pecho y tos. La auscultacion hace percibir estertores mucosos en los lóbulos inferiores de ambos pulmones. La percusion da un resultado negativo. El esputo natural y espumoso. El pulso es pequeño y débil; late 124 veces por minuto. Sed, anorexia; ni hipo, ni basca; se puede comprimir el vientre sin excitar gran dolor. Prescripcion: ungüento de mercurio doble, una onza en ocho papeles para untar al vientre uno cada hora. Agua de cebada. Media leche.

DIA 4.

A las cuatro de la tarde que repetí mi visita, encontré muerta á la enferma.

La familia me dió los datos siguientes: la enferma dijo que se le andaba la casa; pidió que la sentasen en la cama; sus deudos, faltando á la órden expresa que les habia dado de que no moviesen á la enferma por temor de un síncope, la incorporaron. Inmediatamente sintió zumbidos de oidos; se cubrió de un sudor frio, y quedó muerta en los brazos de los que la sostenian. La inspeccion no pudo hacerse por no haberlo permitido sus deudos.

¿Cuál fué la causa de la muerte de esta mujer á las treinta horas despues de la operacion? ¿Seria la peritonitis que existia antes de operarla? ¿Sucumbió por el agotamiento nervioso que debió producir en su organismo la extraccion de tan enorme parásito? ¿Seria el síncope el que puso término á sus dias? Yo me inclino á esta última causa, apoyándome en el modo con que se produjo la muerte.

La ovariotomía, por este reves, nada ha perdido de su bien adquirida fama: la operacion se hizo *in extremis;* el quiste era mutilocular, de contenido viscoso; pesaba una arroba y tres libras, y adheria á todos y á cada uno de los órganos contenidos en las cavidades supra é intra pelvianas; y sin embargo, esa operacion erizada de tan inmensas dificultades, fué concluida de una manera que siempre hará honor á los médicos mexicanos.

La ovariotomía en México ha sufrido recios ataques. Comprofesores amantes del *statuo quo* quirúrgico, creen detener el progreso de la ciencia hablando en sus reuniones irónicamente de la operacion y de los operadores; pero tal es la fuerza de la verdad, que á pesar de sus declamaciones ella quedará definitivamente establecida.

El desprecio con que hemos visto esta operacion ha sido la causa (lo recuerdo con dolor) de que á un extranjero se deba la gloria de haberla introducido en nuestra patria. Esta mancha que ha caido en nuestros anales quirúrgicos, nos hará mas cautos.

Para concluir, quiero hablar de la gravedad de esta operacion. Intentada cuando el quiste es pequeño y sin adherencias, la curacion, segun Koberté, es la regla; la muerte es la excepcion. En casos poco complicados se logran las dos terceras partes de las operadas, y en los casos muy complicados, la mitad. En vista de tan seductores resultados, ¿habrá algun médico que rehuse practicarla á sus enfermas, condenarlas á una muerte segura despues de haber arrastrado una vida miserable y congojosa? Si la amputacion del muslo, la de la pierna, teniendo mas gravedad que la ovariotomía, se practica todos los dias, por qué motivo no hemos de hacer con frecuencia la ovariotomía, cuando ella es la única que puede curar radicalmente los quistes multiloculares? La enferma cuya triste historia he referido, se hubiera salvado, y se le hubieran evitado catorce años de horribles padecimientos, si en vez de perder miserablemente el tiempo aplicándole aguardiente al-

canforado sobre el vientre, nitrato de potasa, sulfato de magnesia, etc., etc., al interior, se hubiera operado tan luego como ella reclamó los auxilios de nuestra ciencia. La edad de la enferma en esa época, su buena salud, lo reciente del mal, todo, en fin, invitaba á una operacion que ella deseaba, y que tanto horror causa en nuestro país.

Cuando me hice cargo de la curacion, ví el sepulcro que con su método expectante le habian cavado aquellos que me precedieron en la curacion; acepté el caso cual se presentaba, poniendo en práctica el medio que remotamente pudiera salvarla.

México, Marzo 15 de 1871.

Domingo Calderon.

PRIMERA OBSERVACION DE OVARIOTOMIA

PERTENECIENTE

AL SEÑOR LAVISTA.

En el año de 1869 entró á curarse al hospital de San Andrés una mujer que fué colocada en la seccion que estaba á cargo del Sr. Lavista, por ausencia del Sr. Rayon. La enferma tenia 55 años de edad, era natural de Jilotepec, donde habia residido constantemente; de constitucion débil y muy demacrada; no habia padecido ninguna enfermedad de importancia; su menstruacion no fué interrumpida sino durante los embarazos, y hacia diez años que habia desaparecido definitivamente. Tuvo dos partos felices á término; no recuerda haber sufrido golpe ni accidente ninguno por parte del vientre. Hace un año que la enferma se apercibió de la presencia de un tumor en esta cavidad, únicamente por el aumento de volúmen del vientre y por la sensacion de peso, con ligeras perturbaciones en las funciones del intestino. Segun decia, el tumor permaneció estacionario algun tiempo, aumentando considerablemente en los cuatro últimos meses antes de su entrada al hospital. Con el crecimiento exagerado del tumor sobrevinieron los síntomas consiguientes que pudieran llamarse mecánicos ó por compresion, tales como constipacion tenaz, tenesmo vesical é incontinencia de orina, dispepsia crónica acompañada de vómitos que en los últimos

dias de su enfermedad fueron su mayor tormento, pues le impedian tomar el alimento y calmar con las bebidas la sed que la devoraba.

Acusaba dolores vagos en algunos puntos del vientre, muy particularmente en derredor de la cicatriz umbilical, y preguntándole si en el curso de su enfermedad habia tenido dolor agudo en el vientre, acompañado de vómitos y calentura, contestó negativamente, lo que hizo suponer que no habia padecido de peritonitis.

Por el exámen del vientre se encontró un enorme tumor que hacia el vientre mas voluminoso que el de una mujer en el término de su preñez. A consecuencia de este volúmen la respiracion era dificultosa y los movimientos del corazon acelerados, hasta el punto de contarse cien pulsaciones por minuto. Por la palpacion se sentia una fluctuacion manifiesta, una verdadera oleada que con facilidad se trasmitia de la una á la otra mano. Se sentian, además, abolladuras en algunos puntos del tumor y principalmente sobre la fosa iliaca izquierda, donde se notaba un endurecimiento como fibroso, mas grande que el puño, poco movible y de ningun modo doloroso á la presion. Esto se tomó por el ovario hipertrofiado, tal vez degenerado, y se dedujo que el quiste era de los que llaman intra-ováricos, sésiles ó de pedículo corto. Las paredes abdominales aunque muy tensas, parecian deslizar con facilidad sobre el tumor, lo que hacia suponer que si habia adherencias eran de nueva formacion y bastante flojas. La percusion daba un sonido mate por todas partes, excepto en el flanco izquierdo, donde habia un sonido timpánico. Las venas subcutáneas estaban muy dilatadas como sucede siempre que hay dificultad en la circulacion interior, á cuya dificultad se atribuye tambien una ligera metrorragia que dias antes tuvo la enferma.

No habiendo duda respecto del diagnóstico, y en vista del estado de la enferma, el Sr. Lavista creyó necesario intervenir de un modo eficaz, y á este efecto tuvo una con-

sulta con los señores Profesores del hospital de San Andrés, quienes estuvieron casi unánimes por la ovariotomía. Esta operacion se practicó de la manera siguiente:

Se comenzó por hacer una incision en la línea blanca, extendiéndola del ombligo al púbis; se dividió capa por capa hasta llegar al peritoneo que fué dividido sobre la sonda canalada. Descubierto el quiste, se puncionó con el trócar de Koeberlé el lóculo anterior (habia dos lóculos) teniendo cuidado para que no se derramara parte del líquido en el peritoneo. Despues de esto se procedió á explorar la pared del quiste para ver si habia adherencias con los órganos abdominales. Hallóse una hácia la parte superior y lateral derecha que unia al quiste con el peritoneo; pero la adherencia era floja y poco vascularizada y pudo ser desgarrada con facilidad. Introduciendo mas la mano pudieron sentirse las abolladuras del tumor que la palpacion habia señalado, y un lóculo pequeño que no se creyó conveniente puncionar por temor del derrame de su contenido en la cavidad peritoneal; mas como el volúmen del tumor aun despues de haber vaciado el lóculo anterior, no permitia su fácil extraccion por la abertura que se habia hecho, sin exponerse á desgarrar sus bordes y contundir la masa intestinal, se prolongó la incision mas arriba del ombligo, pudiéndose de este modo hacer salir el quiste. Al mismo tiempo se comprimió la pared abdominal para evitar un síncope. Desalojado el tumor, se buscó su insercion, confirmándose el juicio que sobre este punto se habia formado: no tenia pedículo, estaba implantado sobre el ligamento ancho por una parte, y por otra sobre el cuerno y borde lateral derecho del útero, por una prolongacion celulosa bastante gruesa y corta.

El tumor estaba poco vascularizado; solo se encontraron vasos en el tejido celular que le envolvia al nivel de su insercion sobre la masa dura que se supuso ser el ovario hipertrofiado y que así lo era en efecto. Esta capa celulo-vascular no tenia por todas partes el mismo aspecto;

en algunos puntos presentaba fajas celulo-grasosas; en otros dejaba ver por trasparencia el color blanco gris del quiste. Era en esta capa donde estaban los vasos nutritivos del tumor y la que sirvió para formar el pedículo. Este se dividió en dos partes que fueron ligadas separadamente: despues se cortó el pedículo quedando el tumor enteramente desprendido, con lo cual pudo ya ser extraido por completo. Procedióse entonces á limpiar la cavidad abdominal de los coágulos y de la sangre líquida que se habia derramado en ella, que en verdad era bastante poca, por lo que la enferma pudo soportar la operacion sin que viniera ningun accidente lipotímico.

La necesidad de formar un pedículo artificial hizo que este quedara por desgracia muy corto y que no pudiera ser comprendido en la sutura de las paredes del vientre, quedando expuesto por lo menos á las consecuencias de la eliminacion del tejido mortificado por las ligaduras. Para remediar hasta donde fuese posible este peligro, se dejó á la altura del pedículo y en la fosa iliaca correspondiente un grueso tubo de canalizacion con la esperanza de que salieran por él los detritus de las ligaduras.

Por último, se reunieron los bordes de la herida por medio de la sutura emplumada, dejando fuera una porcion del epiplon que habia sido contundido y cuya vitalidad era dudosa, previa la ligadura.

Terminada la operacion se puso el apósito y vendaje, se abrigó convenientemente á la enferma y se le prescribió un cuarto de grano de opio cada hora y un poco de vino y de caldo caliente.

En los dias siguientes la enferma estuvo perfectamente; no sobrevino peritonitis ni agotamiento nervioso, ni aun fiebre traumática; la supuracion fué muy abundante los primeros dias; la herida comenzó á cicatrizarse; la supuracion fué disminuyendo, quedando limitada á la parte inferior sostenida por la persistencia de las ligaduras que no se desprendieron sino al cabo de 30 dias. En los pri-

meros dias la supuracion era fétida y sanguinolenta, quedándole este carácter á la que escurria por el tubo de canalizacion.

Por haberse escoriado la piel del abdómen, se tenia que cambiar el apósito dos veces al dia, curacion que no siempre le era posible al Sr. Lavista repetir en la tarde, teniendo que encomendarla al practicante de guardia.

Sucedió que por descuido al levantar el apósito una tarde, se escapó el tubo de canalizacion sin que pudiera volverse á colocar convenientemente. En la mañana siguiente el Sr. Lavista trató de introducirlo, pero fué imposible por haberse estrechado mucho el conducto que estaba convertido en un trayecto tortuoso que no era fácil seguir sin desgarrar el tejido cicatricial de nueva formacion. Entonces se procuró ir estrechando el foco comprimiéndolo por medio de un vendaje en espica; mas á pesar de esto, apareció calosfrio y calentura intensa, dolor vivo en la fosa iliaca derecha, supuracion abundante y de mala naturaleza: en suma, los síntomas de un flegmon á los que no pudo resistir la constitucion deteriorada de la enferma, que sucumbió á los 40 dias de la operacion.

AUTOPSIA.

La autopsia practicada veinticuatro horas despues de la muerte, hizo ver los progresos de la cicatrizacion en casi toda la extension de la herida, y los destrozos que el tejido celular subperitoneal habia sufrido: todo él estaba en plena fusion é infiltrado en el lugar correspondiente á la masa comun de los músculos de la region ileo-lombar. Al nivel de la insercion del pedículo del tumor, se notaban restos del trabajo eliminador que habia determinado la ligadura. En suma, nuestra enferma sucumbió víctima del agotamiento que trae consigo una supuracion prolongada, y de la absorcion de algunos elementos de pus, es decir de la fiebre pútrida.

SEGUNDA OBSERVACION DE OVARIOTOMIA.

Enorme quiste alveolo-hidatífero del ovario izquierdo. —Punciones. Ovariotomía y muerte de la enferma cuatro dias despues de la operacion.

En el mismo año de 69, pocos meses despues de practicada mi primera ovariotomía, recibí de mi querido condiscípulo el Sr. D. Francisco de P. Marin, una invitacion para pasar á Puebla con el objeto de practicar una ovariotomía que á su juicio se hacia indispensable.

Por cumplir y satisfacer los deseos de un buen amigo, por una parte, y por otra, no queriendo perder ocasion alguna que me permitiera estudiar tan importante materia, me puse sin vacilacion alguna en camino, previniéndole al Sr. Marin que si su enferma era operable, practicaria la operacion; pero solo permaneceria en Puebla uno ó dos dias por exigirlo así mis ocupaciones.

Inmediatamente despues de mi llegada á Puebla, en la misma tarde, fuimos á la casa de la enferma. Era esta una señorita de 26 á 28 años, y de constitucion débil, aunque generalmente fué sana antes de ser invadida por el quiste ovárico. Sus fuerzas estaban considerablemente disminuidas; en su cara se veia pintado el sufrimiento, la angustia mas desgarradora se traducia por sus gestos; en suma, no podia comprenderse cómo habia podido resistir tantos su-

frimientos. El Sr. Marin me refirió que esta pobre enferma estaba bajo su cuidado hacia muchos meses, y que anteriormente habia estado bajo la inspeccion y asistencia de otros facultativos de esa ciudad, por lo que se infiere que poco mas ó menos hacia dos años que sufria esta señorita. Parece que su mal comenzó á desarrollarse en la fosa iliaca izquierda, segun recuerdos de la pasiente, pues cuando yo la visité, el tumor llenaba tan exageradamente la cavidad abdominal, que no era fácil formarse idea del lugar de su orígen. Entre los accidentes que recuerdo como mas notables de este caso, se encontraban los siguientes: basca tenaz y constante desde un mes antes de mi llegada, á tal grado que se puede decir que durante este tiempo, dicha señorita se alimentaba de su propia sustancia, resultando de esto el aniquilamiento mas completo que pueda darse. No podia dormir á causa de los dolores vivos aunque intermitentes, que sentia en todo el vientre. La posicion supina, única que puede conservar, le fatiga muchísimo; no puede ya soportar el peso del cuerpo sobre los trocánteres que están muy maltratados, y si á esto se agrega la incontinencia de orina, se comprenderá cuán difícil es su situacion, y con cuánta razon esta pobre enferma no retrocede ante ningun recurso que pueda proporcionarle consuelo, por mas que sea peligroso hasta comprometer su existencia. Inútil me parece recordar que se habian agotado todos los medios terapeúticos recomendados contra esta enfermedad; me limitaré solo á consignar, y esto por la importancia que á mi juicio tiene semejante conducta, que habia sido puncionada dos veces con intervalo de dos ó tres meses. La última puncion se practicó poco mas ó menos 40 dias antes de mi llegada á Puebla, y se extrajo del quiste un líquido melicérico, turbio y de aspecto purulento, sin que se pueda decir nada sobre su composicion histológica, pues no fué examinado convenientemente. Esta puncion no permitió el desahogo completo del vientre, deduciéndose de esto la multiplicidad de

los quistes, y muy probablemente su adherencia á las paredes peritoneales. Insisto en lamentar el olvido que se padeció no practicando el exámen histológico del líquido extraido por la puncion, pues como diré despues, la operacion me hizo ver que el quiste policístico era en su mayor parte hidatífero, sin que hubiera sido posible averiguar esta circunstancia por el exámen mas minucioso del tumor antes de la operacion. Se habria podido asegurar que no era simple; que era multilocular, que no era intra-ovárico, y sobre todo, que debia estár fuertemente adherido; pero sin el exámen anatómico-histológico del contenido, no era fácil suponer la existencia de los equinococos que en gran número se habian desarrollado en su cavidad, pues que faltaba el signo que tenemos como característico de esta complicacion.

Sea como fuere, recapitulando las condiciones que nos presentó este hecho, encontramos justificada nuestra conducta, sobre todo si se atiende á la inutilidad de los otros medios empleados hasta ahora para mejorar la situacion de esta infeliz enferma. Recuérdese que he dicho que el tumor era tan voluminoso, que apenas era soportado por las paredes abdominales; que á consecuencia de este enorme volúmen, la compresion viceral se habia exagerado hasta el punto de inutilizar los órganos huecos del vientre, borrando su cavidad é impidiendo sus funciones. A esta perturbacion del aparato digestivo y biliar, se agregaba la del aparato pulmonar que vaciándose incompletamente en cada respiracion, hacia la hematósis imperfecta y contribuia poderosamente á la demacracion de la enferma. En suma, bien podia decirse de ella que agotadas sus fuerzas hasta el último grado, estaba próxima á extinguirse como se apaga una lámpara cuando se acaba el combustible que la alimenta.

En esta situacion habia que seguir uno de dos caminos: ó la expectacion que no dejaba al práctico siquiera el recurso de hacer cesar los padecimientos de la enferma, ó

una operacion atrevidísima, en vista de las condiciones que os he referido. Lo primero era dolorosísimo, tanto mas, cuanto que la pobre enferma reclamaba con ansia el socorro de la ciencia, que aunque peligrosa en su intervencion, daba, bien que remotamente, alguna esperanza de alivio y tal vez de curacion. ¿A qué decidirse? ¿Qué partido tomar? ¡Grande era la responsabilidad que caia sobre el cirujano que tenia que optar en circunstancia tan difícil! El peso era tan grande, que habria abrumado al hombre mas robusto que hubiera intentado resistirlo solo. Era necesaria la ayuda, y yo la solicité, haciendo venir en mi socorro á los distinguidos prácticos que ejercen en la ciudad de Puebla. Conferenciamos largamente sobre la conducta que debiamos seguir, resolviéndonos por practicar la ovariotomía con todos sus peligros, es verdad, pero tambien como la única esperanza de salvacion.

Tranquilizada mi conciencia con el apoyo que me daba el juicio de personas experimentadas, me decidí á practicar la ovariotomía en este complicadísimo caso. Esta se hizo por el método clásico, que excuso describir en obvio de repeticiones, contentándome con referir los tropiezos que encontré durante la operacion.

Abierto el vientre y descubierto el tumor, tuve delante una gran celda quística que pude puncionar, obteniendo un líquido semejante al que habia extraido mi amigo el Sr. Marin, y que ya he descrito. El contenido de esta celda era abundante, de modo que recuerdo me fué posible introducir la mano en la cavidad del vientre y cerciorarme del número y condiciones de las numerosas celdas que constituian este quiste. Este estaba fuertemente unido á todos los órganos contenidos en el vientre, encontrándose sobre todo sólidamente pegado á la cara viceral del peritoneo por adherencias antiguas, resistentes y muy vasculares. Esta circunstancia complicaba por el momento la operacion, que en las condiciones de debilitamiento en que se encontraba la enferma, venia en ayuda del agotamien-

to nervioso propio de las grandes operaciones, y mas cuando la enferma está en condiciones á propósito para no resistir á un traumatismo grave. Sin embargo, era preciso terminar la operacion á costa de peligros y dificultades bien graves. Así se hizo, dividiendo la multitud de adherencias, unas por el machacador y otras por el método de Maisonneuve (ligadura extemporánea.) Esta conducta nos proporcionó la satisfaccion de impedir la pérdida de sangre que necesariamente habria comprometido en el momento la vida de la operada: verdad es que nuestros recursos se limitaron á esto solo, sin que nos fuera posible oponernos al agotamiento nervioso necesario por lo prolongado de un traumatismo de tanta importancia.

Rotas las ligas quisto-peritoneales antero-laterales, seguimos explorando el tumor que desgraciadamente estaba adherido á las viceras abdominales. Estas adherencias eran muy notables en la cara inferior del hígado, mas por fortuna no eran muy antiguas ni demasiado vasculares, siendo hasta cierto punto fáciles de destruir sin ocasionar una verdadera hemorragia.

Vencido este gran tropiezo y el que encontramos de la misma clase por la adherencia que el bazo habia contraido con el quiste, me pareció que podiamos proceder al desalojamiento del tumor. Así se hizo sin gran dificultad, porque á ello no se oponian mas que algunas adherencias que la cara póstero-lateral derecha habia contraido con el colon ascendente en casi toda su extension, que fueron bastante flojas y recientes para poder ser despegadas con facilidad, reponiendo inmediatamente á los intestinos en la cavidad abdominal, habiendo sido desalojados con el quiste. Hecho esto, buscamos la insercion del tumor, el que por fortuna estaba pediculizado, permitiéndome concluir una operacion que por lo laborioso de ella habia necesitado mucho tiempo con gran peligro de muerte inmediata para nuestra enferma. Decia yo que habia pedículo, pero desgraciadamente corto y grueso, de modo que ape-

nas se pudo fijar en la sutura abdominal. Por esta circunstancia me pareció necesaria la aplicacion de un tubo de canalizacion en la parte inferior de la sutura, pues temia se repitiera el accidente de mi operada de la anterior observacion. Esto en el supuesto de que fuéramos bastante felices para que nuestra enferma no sucumbiera por alguna de las graves complicaciones que la operacion trae consigo.

Casi concluida la sutura, observamos que la vida de la pobre señorita se extinguia. Ya su cerebro no podia seguir estimulando con regularidad al corazon, y en consecuencia las lipotimias y síncopes se sucedian con una repeticion positivamente alarmante. Quiso, sin embargo, nuestra buena fortuna, que pudiéramos conjurar tan temible accidente, y repuesta algun tanto la enferma, se pudo conducirla á su cama y prodigarle los cuidados que reclamaba su estado. Una hora despues se habia operado una reaccion saludable en la circulacion de la operada, de modo que pudimos separarnos de ella en la confianza de haber dominado el mas inminente de los peligros á que están expuestos estos enfermos.

En el dia estuvimos vigilando á la enferma al menos cada dos horas sin tener mas que motivos de complacencia, pues su estado no podia ser mas satisfactorio. Ella me decia llena de agradecimiento que disfrutaba de un bienestar increible; que habia dormido tranquila durante la noche, y próximo á venirme al siguiente dia por la mañana, me repetia: "que cualquiera que fuese el resultado de la operacion, favorable ó adverso, siempre tendria que agradecernos el servicio prestado, pues gracias á él se habia librado de sufrimientos infinitos, y en último caso moriria sin angustia." Tales eran sus palabras.

No siéndome posible permanecer lejos de mis ocupaciones, abandoné á la enferma en manos de mi diestro y querido amigo el Sr. Marin, suplicándole me remitiera los datos necesarios para completar esta historia, con la pieza patológica respectiva.

Desgraciadamente no fué posible que las ocupaciones de mi querido condiscípulo le permitieran una tregua para cumplir lo ofrecido, y me es sensible no llenar un hueco tan importante en el hecho clínico que os refiero. Así es que termino esta observacion haciendo constar el mal resultado de la operacion, que terminó por la muerte de la operada, sin que pudiera atribuirse á la peritonitis ni al agotamiento nervioso tan comun en estas grandes operaciones. Por el ligero informe que verbalmente recibí del Sr. Marin, supe que una hemorragia consecutiva fué la causa de la muerte de nuestra operada. Y en verdad que este accidente terrible la explica perfectamente, y á mi juicio debe tenerse en mucha consideracion porque hasta cierto punto le es dado al cirujano impedirlo, salvando así la vida de las infelices enfermas.

TERCERA OBSERVACION DE OVARIOTOMIA.

Enorme quiste policístico, alveolar, hidatífero.—Puncion.—Ovariotomía y muerte cuatro dias despues de la operacion.

En los primeros dias del mes de Mayo del presente año, (71) fuí solicitado por un cliente mio para asistir á su hijito que era atacado de una faringo-laringitis seudomembranosa. Este señor está radicado en Texcoco adonde tuve que ir, cediendo al deseo que tenia de que su enfermo estuviera bajo mis cuidados. Con este motivo tuve que permanecer algunos dias en esa poblacion, relacionándome con los compañeros que en ella ejercen. Uno de ellos, el Sr. García, refiriéndome algunos hechos curiosos de su práctica, me contaba que habia asistido en union del Sr. Uribe á una enferma que en su concepto estaba afectada de hidrometría. Me agregó que despues de haber empleado diversos medios para dominar esta enfermedad, todos sin resultado, se resolvieron á practicar una puncion por el vientre. El resultado de esta puncion fué bastante satisfactorio, pues á ella debió la pasiente un alivio de sus sufrimientos, sin tener que lamentar accidente alguno de esta operacion. El líquido extraido por el trocart era de color gris, espeso y como melicérico; no fué examinado con el microscopio, ni analizado químicamente. La canti-

dad de líquido extraido fué bastante considerable para proporcionar un buen desahogo á la enferma, que se encontraba muy angustiada por la fuerte distension del vientre, que por estar tan completamente lleno hizo creer en una hidropesía uterina. Despues de la puncion, que fué practicada en el lugar de eleccion de la paracentésis, quedó el vientre ocupado por algo que se supuso ser el útero hipertrofiado. Este tumor no llamó mucho la atencion de mis compañeros, puesto que cuando tomé informe de los antecedentes de la enferma, no se dijo nada sobre su existencia, y me fué preciso llamar sobre este punto los recuerdos de mi amigo el Sr. García, quien me dijo que no le habia sido posible vaciar completamente el vientre, sin que pudiera explicarse este resultado negativo.

Como debeis suponer, el hecho de que se me hablaba era verdaderamente extraordinario; no me era fácil comprenderlo, y desde luego me vino esta idea: un error de diagnóstico ha hecho suponer la hidropesía uterina, que probablemente era una hidropesía ovárica. Excitada mi curiosidad, supliqué al Sr. García me hiciera el favor de proporcionarme la ocasion de ver á la enferma, lo que sin inconveniente alguno conseguí.

Era esta una mujer de treinta años, casada y estéril; su constitucion media estaba notablemente desmejorada á causa de sus largos padecimientos. Parecia que su temperamento habia sido sanguíneo; el estado de su circulacion lo hacia suponer así. No tenia bien presente la época en que comenzó á sufrir, pero sí recordaba que era bien larga, como dos años poco mas ó menos. Decia que su salud habia sido buena antes de ahora, y no podia precisar el sitio primitivo de su mal en el vientre. Sus menstruos se habian desarreglado casi desde el principio de su enfermedad, sin que recordara haber tenido metrorragia ó amenorrea. En los últimos meses de su padecimiento la menstruacion se habia escaseado notablemente, tanto, que ella creia que esta era probablemente la causa del aumen-

to tan grande de su vientre; creia que la retencion de sangre le ocasionaba aquel tumor. Se quejaba de dispepsia acompañada de vómitos, de inapetencia, sed, constipacion, tenesmo vesical, calambres en las piernas y dolores agudos en las regiones iliacas; pero lo que mas la atormentaba, era la tirantez enorme de su vientre. Poco mas ó menos era este el cuadro general con que me encontré el dia que por la amabilidad del Sr. García me fué permitido el exámen de esta enferma.

Del estado local os diré que la simple inspeccion del vientre, estando la enferma en posicion supina, daba idea completa del sitio y naturaleza del tumor, y solo era necesaria la escrupulosa observacion para apreciar en detalle las circunstancias especiales, que son la fuente de indicaciones particulares.

Decia que colocada la enferma sobre el dorso y descubierto su vientre, se veia inmediatamente un tumor enorme llenando la cavidad abdominal de un modo absoluto; de consistencia elástica semiblanda; de forma globulosa; parecia colocado oblícuamente al eje del tronco, de izquierda á derecha; á la altura de su insercion en el ovario izquierdo no se notaba endurecimiento de la glándula ni fenómeno alguno que permitiera sospechar el participio inmediato del ovario en el trabajo patológico: era de suponerse extra–ovárico. No era doloroso á la presion y sí lo habia sido en otras muchas veces de un modo espontáneo en apariencia, siendo de notar que en este caso sobrevenian accidentes generales, pasajeros como el dolor que les precedia. En suma, se podia asegurar que esta mujer habia sufrido de peritonitis parciales en el curso de su enfermedad.

La sensacion que proporcionaba la aplicacion de las manos en el vientre, nada revelaba, fuera de la existencia de una coleccion de un líquido cuya consistencia debia ser poco fluida, puesto que la oleada no era muy franca, aunque esta oleada se provocase en puntos vecinos; así

es que era de suponerse que siendo el quiste multilocular, cada uno de sus lóculos contenia un líquido espeso. Esta sensacion de líquido espeso podia ser equívoca porque tal vez la plenitud exagerada de los lóculos no hacia fácil el desalojamiento del contenido locular. Y sin embargo, la puncion que habia practicado el Sr. García, confirmaba la idea que emito sobre la consistencia del líquido.

No existia crepitacion especial en ninguna parte del tumor, por lo que podia suponerse que no era hidatífero, sin que pudiera deducirse que no hubiera algun lóculo en el que existieran los equinococos, puesto que en la observacion segunda la falta de la crepitacion no estuvo en relacion con la no existencia de estos parásitos.

A no dudarlo, el quiste estaba adherido por una gran extension á la pared y á los órganos abdominales, sin que pudiera precisarse el número y la importancia de las adherencias. Para convencerse de ello bastaba tener en cuenta la antigüedad del tumor y las peritonitis parciales de que nos hablaba la enferma.

El exámen vagino–rectal era muy importante, y practicado se confirmó la idea del quiste ovárico, del que podia decirse que no estaba enclavado en la pélvis, sino que se habia desenvuelto libremente en la cavidad abdominal. La fluctuacion no se comunicaba libremente del vientre al intestino recto, aunque el tumor parecia bien fluctuante en este último órgano, lo que no solo significaba multiplicidad en el quiste, sino que hacia suponer que en su parte póstero–abdominal debia existir un gran lóculo. Esta idea se corroboraba por la desviacion correspondiente del útero. En la consistencia, volúmen y forma de este órgano, nada existia anómalo que pudiera de algun modo inclinar á la idea antes aceptada por los compañeros que me precedieron en el exámen de la enferma.

Quedó para mí fundado el juicio de la existencia de un quiste complicadísimo cuyas consecuencias no podian ser sino funestas. La escasa experiencia que me habian pro-

porcionado mis operaciones anteriores, me permitia inducir cuál seria el resultado de la ovariotomía practicada en tales circunstancias. Y sin embargo, me preguntaba ¿cómo no buscar una probabilidad, aunque remota, para salvar á esta desgraciada enferma? ¿No se ven en clínica todos los dias enfermos cuyos padecimientos son terribles, condenados á una muerte casi segura, salvarse á veces con operaciones tan peligrosas como la enfermedad porque se practican?

Era preciso resolverme y ofrecer á esa infeliz el único recurso con que la ciencia me brindaba, no sin ponerle de manifiesto la gravedad y el peligro del medio que se proponia. Así lo hice, asegurando á la familia de esta mujer que si lo aceptaba, no tenia mas que avisarme, que pronto acudiria en su auxilio. La enferma no aceptó inmediatamente mi ofrecimiento, y aun yo llegué á creer que jamas lo aceptaria; de suerte que cuando regresé de mi expedicion, estaba casi seguro de que á lo menos con motivo de esa enferma no tendria que volver á Texcoco.

Quince dias apenas habian trascurrido desde mi llegada á México cuando recibí una carta del Sr. García, en la que me avisaba que la enferma no solo estaba resuelta, sino que me suplicaba que le cumpliera mi ofrecimiento, pues que no le era posible sufrir su desgraciada situacion.

No necesité mas para decidirme. La enferma me pedia con ahinco la operacion; yo por mi parte le habia ofrecido hacerla; por último, la familia de la interesada sabia á qué atenerse en cuanto á la gravedad de los resultados. Creí, pues, que debia acceder, y al efecto decidí el viaje llevando conmigo á mis buenos y queridos compañeros los Sres. Andrade, Labastida, Balda, y á mis discípulos los Sres. Gutierrez, Cabral y Hernandez, á los que me es grato tributar mi agradecimiento por la deferencia con que se prestaron á acompañarme, sin mas retribucion que la que busca un corazon noble y desinteresado, siempre que

tiene delante de sí la oportunidad de hacer el bien y de servir á la amistad.

Llegamos á Texcoco, é inmediatamente fuimos conducidos á la casa de la enferma. Todo estaba preparado por el Sr. García; en consecuencia podiamos proceder.

Debo deciros que en el corto número de dias que habian trascurrido, esta infeliz habia empeorado notablemente; sus padecimientos eran increibles; apenas se alimentaba, casi no dormia, y su respiracion se dificultaba de un modo tal, que estaba amenazada de asfixia. Como es de suponerse, su estado general era pésimo: estaba mucho mas consumida que en mi última visita; así es que su simple aspecto daba poca esperanza de salvacion despues de sufrir la cruel operacion que intentábamos practicarle. Era casi seguro que no podria sobreponerse á un traumatismo tan importante, y sin embargo, era su única esperanza y á la vez la nuestra. La experiencia adquirida era muy poco favorable á esta mujer, y no obstante, aun abrigábamos la esperanza de que una feliz casualidad obrara en su favor. Por otra parte, á no dudarlo, cuando se operan enfermas en las condiciones que os refiero, si se mueren, es siempre con un número infinitamente menor de padecimientos; de modo que yo creo que el cirujano no debe so pretexto de conservar su buen nombre y la reputacion de una operacion, rehusar un beneficio positivo á sus enfermos, siempre que estos lo pidan con instancia, tanto mas, cuanto aunque remotamente, la operacion puede ofrecer una probabilidad de salvacion.

Estas consideraciones obraron en mi ánimo para determinarme á practicar la ovariotomía en el caso que me ocupa, y á ella procedimos segun el método que pudiéramos llamar clásico. Entre las particularidades que este caso nos presentó, hay algunas que merecen la consignacion, por lo que me permitireis que os las refiera.

Despues de practicada la incision de la pared abdominal, encontramos que estaba adherida íntimamente á la

porcion parietal de la serosa, y ésta adherida de tal modo á la pared quística, que hacia cuerpo con ella, y era en consecuencia impracticable la separacion, aun por diseccion cuidadosa. Tuvimos, por tanto, que puncionar el quiste sobre la hoja peritoneal. La puncion practicada en lo que parecia un gran lóculo, no dió salida al contenido de la celda, porque éste no existia realmente; en su lugar encontramos un número considerable de pequeñas celdas conteniendo una materia visco-gelatinosa, que por su aspecto se podia considerar como equinocóquica. Esta circunstancia era por su naturaleza propia para comprometer la operacion hasta el punto de hacer imposible su terminacion, siempre que todo el quiste estuviera uniformemente constituido. Por fortuna despegamos las adherencias izquierdas de la incision, y explorando encontramos en la parte profunda del vientre una gran celda que pudimos puncionar, extrayendo de ella una gran cantidad de un líquido casi purulento. Con la evacuacion de una parte del quiste, éste disminuyó bastante para permitir su desalojamiento sin gran dificultad, pues que por fortuna las adherencias solo existian en la parte media, en casi toda la extension de la línea blanca. En estos diversos tiempos de la operacion, cuidamos de que el contenido de la bolsa no escurriera dentro de la cavidad peritoneal, y tuvimos la buena fortuna de evitar esta complicacion.

La extraccion del quiste despues de la puncion, se hizo *en bloc*, sin que esto determinara una perturbacion nerviosa grave, como suele suceder con el vacío repentino que se produce en el vientre en estos casos. Esta extraccion en masa fué necesaria, porque la parte anterior del quiste era alveolar, y su contenido ya he dicho que era semi-sólido.

Despues de la extraccion buscamos el pedículo, que era largo y poco grueso, de modo que nos fué fácil comprenderlo en la sutura abdominal. Hecho esto, prescribimos el régimen que se observa en estos casos, y recomendamos

muchísimo á nuestro compañero el Sr. García, que no omitiera medio alguno que pudiera contrariar los accidentes que eran de esperarse. Todas estas recomendaciones nos parecieron indispensables, porque nos era preciso abandonar á la enferma en el mismo dia y regresar á México.

Desgraciadamente el colega á quien encargamos de la enferma no tuvo la bondad de cumplir su cometido, al menos en lo que toca á darnos cuenta con el resultado de la operacion, y á enviar la pieza anatómica que le dejamos, suplicándole que nos la remitiera. Solo supimos por una persona que vino de Texcoco, que la enferma habia muerto cuatro dias despues de la operacion, y cuando menos se esperaba, pues segun informe de este señor (que no es perito), no se advertian padecimientos en la operada en los tres dias que siguieron á la operacion, siendo de notar que mas bien se creia aliviada por el bienestar que acusaba. Horas antes de su muerte sintió un dolor vivísimo en el vientre, debido probablemente á una peritonitis sobreaguda.

APUNTES

TOMADOS
POR EL ALUMNO

D. JOSE MARTINEZ ANCIRA.

(1873.)—Una mujer de edad se presentó á la consulta del Sr. Fenelon quejándose de diarrea. Esta mujer tenia el vientre extraordinariamente desarrollado, habiendo pasado ya un tiempo suficiente desde que comenzó este aumento de volúmen para que no pudiera pensarse en una preñez. No habia albuminuria ni lesion orgánica del corazon que dieran razon de una hidropesía del vientre. Explorando éste, se encontró sonido claro en los flancos y mate en la parte media, donde habia una fluctuacion manifiesta. El tacto vaginal dió á conocer que el útero estaba inclinado hácia adelante y un poco elevado. Sentíase fluctuacion en el fondo del saco cérvico-vaginal. El Sr. Fenelon creyó en la presencia de un quiste, y de este parecer fueron los otros profesores que en distintas ocasiones examinaron á la enferma. Por tal motivo se procedió á hacer la ovariotomía. Se hizo una incision pequeña de la piel, que estaba muy adelgazada, quedando descubierto el peritoneo que dejaba ver por trasparencia la serosidad que contenia. Se le puncionó con la punta del bisturí y se dejó escurrir la mayor parte de la serosidad. No se pre-

8

sentó á la herida ningun tumor, ni tampoco los intestinos. De estas circunstancias se pudo sacar en consecuencia, que si bien no hubo quiste del ovario, habia lugar á creer que la hidropesía del peritoneo estaba enquistada: solamente así se explicaba la presencia del líquido en el punto mas elevado del vientre, y el hecho de que no se presentaran los intestinos en el lugar de la puncion.

Evacuado el líquido se suturó la herida, y se consiguió una reunion por primera intencion. La enferma habia sido ya puncionada varias veces, y siempre se habia reproducido el líquido en pocos dias: despues de la última operacion el vientre tardó tres meses en volver á llenarse.

La diarrea pareció suspenderse por algun tiempo; despues tomó el carácter disentérico, y la enferma acabó por sucumbir á sus consecuencias. No se hizo la autopsia.

